

せん妄（集中治療室におけるせん妄の現状とこれから）

石田 裕介

日本集中治療医学会 神経集中治療委員会 委員

東京医科大学病院 麻酔科

はじめに

集中治療管理を要する患者にとってせん妄は頻繁に発症する合併症である。集中治療室（ICU）に入室する患者の一部は循環や呼吸状態が破綻していることもあり、そういった場合にはせん妄における問題はついつい後回しにされがちである。しかし、せん妄の発症は患者の長期予後を左右することもあり、神経集中治療を語る上で重要な問題と捉えるべきである。せん妄を正しく理解し、いかに予防していくかが集中治療医にとって腕の見せどころではないかと考える。

せん妄とは

せん妄は注意や理解、記憶などの機能が急性に低下し、その症状が変動することを特徴とする。認知症と混合されがちであるが、認知症が慢性に変化するのに対し、せん妄は急性に生じる。ICUにおいては、せん妄は30-90%程度の患者に発症すると言われている¹⁾。せん妄の発症は、原疾患の治療を行う上で大きな妨げになり、生命を脅かす重大な事態になることもある。

病態・分類

せん妄の病態生理として、いくつか報告されており、脳内の異常な神経ネットワークの発生やミクログリアなどの炎症が原因との報告がある²⁾。しかし、確定的なものはない。おそらく様々な要因が複合的に関与しているのではないかと思われる。そして、せん妄には、過活動型せん妄、低活動型せん妄、混合型せん妄の3種類に分類がされている。過活動型せん妄の症状には、暴れる、幻覚、妄想、点滴の自己抜去などの興奮や過活動症状が認められる。低活動型せん妄では無気力になり、活動が低下するといった症状が認められ、鎮静されているように見えることもある。混合型せん妄では、過活動型と低活動型の両方の症状が現れるといった特徴を持つ。これらのうち、低活動型せん妄は最も予後不良との報告があり注意を要する³⁾。

せん妄の評価法

せん妄は血液検査や画像検査などで特異的な異常が見られることはなく、原因や臨床症状から、アメリカ精神医学会の診断基準（DSM-5）などにより診断が下される。そして、集中治療室におけるせん妄の評価法として、CAM-ICU や ICDSC などがよく用いられている。この2つはICU患者に最も妥当性と信頼性のある評価法である。その妥当性が限定的な状況によるものではないかという指摘や、CAM-ICU については看護師がルーチン評価を行った場合の感度の低さを指摘する報告などはあるが、現時点では、これらの評価法を用いるのが妥当であると思われる。そして、毎日評価を行うことがせん妄の早期発見・早期介入に繋がる。

せん妄の予防・治療

ICUにおけるせん妄の予防について焦点を当てて述べると、ICUでは、原疾患の治療を行うために鎮静薬や鎮痛薬を投与されていることが多い。しかし、それらの薬剤は当然であるが、せん妄を誘発、悪化させる恐れがある。具体的にはベンゾジアゼピン系鎮静薬やオピオイド系鎮痛薬といった薬剤はせん妄を発症する可能性が高く、できれば避けた方がよい。挿管中の患者や、術後の鎮痛コントロールが不十分な患者などにおいてはこれらの薬剤を使用しなければならないが、その際には、最小限にとどめることが重要である。毎日鎮静・鎮痛レベルの評価を行い、調節していく必要がある。また、近年、ICUにおいて半減期が短いレミフェンタニルの使用も本邦で可能となっており、オピオイド鎮痛薬の選択肢の幅も広がっている。他に、貧血や低酸素、低栄養、および水分・電解質異常もせん妄の引き金となるため、これらを改善いくことも重要である。早期離床、リハビリ、口腔管理、状況説明などは予防に寄与するため積極的に行った方がよい。

せん妄発症時の治療について、薬物治療に関する有効なデータはきわめて少なく、せん妄治療の基本は、せん妄発症の原因となった疾患や状況の早期管理・改善である。薬物治療を行う場合には抗精神病薬が用いられるがこれらの有効性を示した研究は非常に限られている。

筆者の経験から

ICUではそもそもせん妄のリスクが高い患者が多く、またICU自体がせん妄の発症を促進するような環境でもある。よく失敗しがちな出来事として、日中落ち着いている患者や睡眠している患者がいると、状態が安定しているとしてそのまま経過観察してしまう。しかし、そういった患者は夜間眠れなくなったりして、コメディカルや当直医がその対応に追

われてしまう。結局薬剤に頼って鎮静させてしまう。これでは、負のスパイラルに陥ってしまい、結果としてせん妄を誘発している。日中は起こし、リハビリをどんどんやることで夜間、鎮静薬を投与せず良い睡眠を得られる。日中に音楽を聞かす、テレビをつけるといったことも重要であり筆者の施設ではこれらを積極的に実施している。また、術後患者の不十分な鎮痛ではオピオイド系鎮痛薬に頼りがちであるが、麻酔医でもある筆者は末梢神経ブロックや硬膜外ブロックといった区域麻酔の追加などを駆使して、常にマルチモーダル鎮痛を心掛けている。

さいごに

せん妄は集中治療医にとって重要な問題であり、早期の認識と迅速な対応が求められる深刻な合併症である。ICU 患者に対しては入室初期からの予防戦略の確立が重要である。そのためには、集中治療医はリスクのある患者の特定とせん妄のスクリーニングに注意を払う必要がある。集中治療医含め、看護師や作業療法士等、多職種による介入・連携、家族の支援などによりせん妄の発症を未然に防ぐことが大切であり、毎日せん妄評価を怠らないことも重要である。

参考文献

- 1) Kotfis K, et al. ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2018;50:160-7.
- 2) Wilson JE, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers.* 2020 Nov 12;6:90.
- 3) van Velthuisen EL, et al. Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: a retrospective cohort study evaluating daily practice. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33:1521-9.